



**Pós-Graduação em**  
**Atenção Básica**  
**em Saúde da Família**



**SILVANA FONTES TREVISAN**

**IMPLANTAÇÃO DA CONSULTA DE PUERICULTURA NA  
ESTRATEGIA DE SAÚDE DA FAMILIA JOÃO LEOPOLDO  
KOCH NETTO NO MUNICÍPIO DE MARACAJU/MS**

**MARACAJU - MS**

**2014**

**SILVANA FONTES TREVISAN**

**IMPLANTAÇÃO DA TRIAGEM PUERICULTURAL EM  
CRIANÇAS DE 0 A 5 ANOS NA ESF JOÃO LEOPOLDO  
KOCH NETTO NO MUNICÍPIO DE MARACAJU – MS**

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado à Universidade Federal  
de Mato Grosso do Sul, como  
requisito para obtenção do título de  
Especialista em Atenção Básica em  
Saúde da Família.

Orientadora: Prof. Esp. Beata Catarina  
Langer

**MARACAJU - MS**

**2014**

## RESUMO

O Programa de Puericultura é utilizado para o acompanhamento da saúde das crianças, tem como objetivo acompanhar o crescimento e desenvolvimento em crianças nos primeiros anos de vida. No município de Maracaju/MS, a puericultura é realizada somente na unidade central de saúde do município, dificultando assim o acesso de toda população. Este projeto de intervenção (PI) visa implantar a puericultura em uma unidade local de saúde, visando um melhor atendimento para a população alvo de determinada região, no intuito de agilizar o atendimento e identificar com rapidez problemas enfrentados por estas crianças. O PI visa implantar ações educativas de caráter permanente para os profissionais de saúde e também para as crianças e mães através do grupo educativo, capacitar a equipe do ESF para identificar e captar precocemente crianças de risco. O projeto contemplou todas as crianças de 0 a 5 anos da Unidade de Saúde. A intervenção aqui proposta aconteceu durante o 1º quadrimestre do ano de 2014 e englobou ações de sensibilização e qualificação da equipe de profissionais da Unidade de Saúde através de reuniões mensais. Quanto à operacionalização da puericultura, foram definidas visitas domiciliares semanais às crianças, assim como a elaboração de instrumentos de acompanhamento e de agendamento, como o calendário. Propôs-se o atendimento destas crianças na unidade de saúde, pelo médico, enfermeira da equipe e grupo educativo assim como também a organização de atividades educativas interdisciplinares. As atividades em grupo contaram com a participação de 24 crianças, a maioria do sexo masculino, e suas respectivas mães, num total de 04 encontros mensais. Nestes encontros foram propostas um conjunto de ações educativas que visaram a promoção da saúde, selecionando temas e material gráfico e educativo segundo as prioridades detectadas, recepcionando as crianças e mães e estimulando o diálogo entre pais e profissionais. O projeto esteve em andamento no período de Dezembro de 2013 a Abril de 2014. Através de um questionário respondido pelas mães, foi visto que 30% das crianças apresentavam sobrepeso antes da intervenção e somente 10% delas ainda apresentavam sobrepeso após o projeto. Os dados ainda demonstraram uma melhora considerável na alimentação destas crianças antes e depois da intervenção. Neste estudo, observou-se que meninos e meninas, na faixa etária avaliada, são indistintamente atingidos pelo excesso de peso e considerando que o local pesquisado é de uma população média baixa, nota-se a prevalência deste sobre peso em crianças de um bom nível socioeconômico. Percebeu-se uma diminuição do sobrepeso e também de crianças abaixo do peso, através das orientações dadas às mães e às crianças, contribuindo assim para mudanças comportamentais e no estilo de vida destas crianças. É necessário que os hábitos e orientações transmitidos e ensinados a estas crianças se incorporem em seu cotidiano.

**Palavras-chaves:** Crianças, sobrepeso, hábitos.

## ABSTRACT

The Programa Childcare is used for monitoring the health of children, aims acompanhar growth and development in children in the first years of life. In the town of Maracaju/MS, childcare is performed only at the central unit in any municipality, thus hindering the access of all people. This intervention project (IP) aims to deploy childcare at a local health unit, to provide a better service to the target population of a given region in order to expedite service and quickly identify problems faced by these children. The IP aims to establish a permanent educational activities for healthcare professionals and also for children and mothers through the education group, enable the ESF team to identify and capture early risk children. The project included all children 0-5 years of the Health Unit. Intervention proposed here happened during the 1st quarter of 2014 and encompassed awareness raising and skill of the professional team of the Health Unit through monthly meetings. Regarding the operationalization of childcare, weekly home visits for children were defined as well as the development of monitoring and scheduling tools such as the calendar. It was proposed to the care of these children at the clinic, the doctor, nurse and staff education group as well as the organization of interdisciplinary educational activities. Group activities with the participation of 24 children, mostly male, and their mothers, a total of 04 monthly meetings. In these meetings a number of educational initiatives that targeted health promotion, selecting themes and graphic and educational material according to the priorities identified, receiving children and mothers and stimulating dialogue between parents and professionals have been proposed. The project has been in progress during the period December 2013 to April 2014 using a questionnaire completed by the mothers, it was seen that 30% of children were overweight before the intervention and only 10% of them were overweight even after the project. The data also showed a considerable improvement in feeding these children before and after the intervention. In this study, we found that boys and girls in the age range studied, are indiscriminately affected by overweight and considering that the place searched is a low average population, note the prevalence of overweight children a good level socioeconomic. Noticed a decrease overweight and also underweight children, through the guidelines given to mothers and children, thus contributing to behavioral changes and lifestyle of these children. It is necessary for transmitted habits and guidelines and these children are taught to incorporate into their daily lives.

**Keywords:** Children, overweight, habits.

## SUMÁRIO

1 ASPECTOS INTRODUTÓRIOS .....	5
1.1 INTRODUÇÃO .....	5
1.2 OBJETIVOS .....	7
1.2.1 OBJETIVO GERAL .....	7
1.2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	7
2 ANÁLISE ESTRATÉGICA .....	7
3 IMPLANTAÇÃO, DESCRIÇÃO E AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO .....	9
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	17
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	18
APÊNDICE 1 .....	20

# 1 ASPECTOS INTRODUTÓRIOS

## 1.1 INTRODUÇÃO

No município de Maracaju/MS, a puericultura é realizada somente na unidade central de saúde do município, dificultando assim o acesso de toda população. No ESF João Leopoldo Koch este atendimento não é realizado e pela importância da puericultura para o recém nascido, este projeto de intervenção propõe o atendimento de puericultura neste ESF.

Atualmente, a Estratégia Saúde da Família (ESF) vem se consolidando como um dos eixos estruturantes do Sistema Único de Saúde (SUS), aprimorando o acesso da população às ações de saúde em prevenção, promoção e recuperação da saúde<sup>1</sup>. Assim, a ESF tem buscado reorganizar a atenção básica através de uma proposta de educação em saúde centrada na família, a qual é vista e entendida a partir do seu ambiente físico e social, ressaltando uma compreensão ampliada do processo saúde-doença e da necessidade de intervenções que vão para além das práticas curativas<sup>2</sup>.

Neste sentido, o Programa de Puericultura, utilizado para o acompanhamento da saúde das crianças, tem como objetivo acompanhar o crescimento e desenvolvimento, a cobertura vacinal, estimular a prática do aleitamento materno, orientar a introdução da alimentação complementar na busca pela prevenção de doenças mais frequentes em crianças nos primeiros anos de vida<sup>3</sup>. A puericultura é definida como o conjunto de técnicas empregadas para assegurar o perfeito desenvolvimento físico e mental da criança, desde o período de gestação até a idade de 4 ou 5 anos, e, por extensão, da gestação à puberdade<sup>4</sup>. Já o novo Dicionário Houaiss define a puericultura como uma ciência que reúne todas as noções (fisiologia, higiene, sociologia) suscetíveis de favorecer o desenvolvimento físico e psíquico das crianças desde o período da gestação até a puberdade<sup>5</sup>.

A puericultura consiste na realização de um conjunto de técnicas que visam garantir à criança um bom desenvolvimento mental, físico e moral, dando ênfase, portanto, a sua integralidade, exerce um papel primordial na promoção da saúde infantil<sup>6</sup>. O médico pediatra tem um papel fundamental na puericultura, mas suas ações não devem mais ser totalmente empíricas, visto que o modelo usado atualmente, baseado em consultas rápidas de um médico com uma família, não é

mais suficiente para atender as demandas de um trabalho integral de promoção da saúde. Dessa forma, o pediatra precisa aprimorar estratégias que melhorem seu desempenho, além da atuação multiprofissional coordenada<sup>7</sup>.

O acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil é fundamental para a manutenção da saúde da criança dentro da Estratégia Saúde da Família. Considera-se que é preciso transpor inúmeros desafios, inclusive culturais, para que a puericultura seja mais valorizada e possa contribuir de modo efetivo na manutenção da saúde da criança e na prevenção de doenças<sup>8</sup>.

O acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança é de fundamental importância porque conferem ao puericultor um parâmetro global acerca da situação de saúde da mesma, funcionando como eixos fundamentais para todas as atividades de atenção à criança, sob os aspectos biológico, afetivo, psíquico e Social. Sabe-se que este trabalho é realizado, na maioria das vezes, pelos Agentes de saúde, figurando-se como elo principal entre a Unidade de Saúde e a comunidade, possibilitando a abordagem da criança nos espaços de sua vida cotidiana e ampliando dessa forma, a capacidade de atuação na prevenção de doenças, na promoção da saúde e identificação de necessidades especiais em tempo oportuno. A puericultura deve estar desenhada de forma a compor a rede integral de saúde da criança, de forma regionalizada, permitindo o acesso e promovendo sua qualidade de vida. A responsabilidade das equipes de saúde da família se mantém sobre essa população de maior risco, provendo a continuidade do cuidado e desenvolvendo ações de vigilância à saúde<sup>9,2</sup>.

O excesso de peso vem sendo um problema enfrentado pela população infantil no país e esta associado a inúmeros fatores, dentre eles, o nível socioeconômico das famílias<sup>10</sup>. Vem sendo observado nos últimos anos um aumento na prevalência da obesidade em diversos países e em variadas faixas etárias, inclusive a pediátrica<sup>11</sup>.

Desta forma, a idéia de descentralizar a puericultura, fazendo também este atendimento no ESF João Leopoldo Koch, ficando assim 2 unidades com este atendimento, pode facilitar o atendimento e identificar problemas com maior agilidade.

Este projeto visa implantar a puericultura em uma unidade local de saúde, visando um melhor atendimento para a população alvo de determinada região, no

intuito de agilizar o atendimento e identificar com rapidez problemas enfrentados por estas crianças quanto ao seu crescimento e desenvolvimento.

## **1.2 OBJETIVOS**

### **1.2.1 OBJETIVO GERAL**

Implantar a puericultura unidade de saúde João Leopoldo Koch Netto no município de Maracaju – MS.

### **1.2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

Implantar ações educativas de caráter permanente para os profissionais de saúde e também para as crianças e mães através do grupo educativo.

Capacitar a equipe do ESF para identificar e captar precocemente crianças de risco para acompanhamento na unidade de saúde e compreender as concepções e a prática de puericultura na perspectiva da equipe do Programa Estratégia Saúde da Família.

## **2 ANÁLISE ESTRATÉGICA**

A implantação do projeto aconteceu na Unidade de Saúde da Família João Leopoldo Koch Netto, localizado no Jardim Guanabara, município de Maracaju – MS, conforme abaixo.





**Figura 1.** fachada da Unidade de Saúde alvo do projeto.

O Município de Maracaju localiza-se no sudoeste do estado de Mato Grosso do Sul, fazendo divisa com os municípios de: Sidrolândia, Dois Irmãos do Buriti, Anastácio, Nioaque, Guia Lopes da Laguna, Ponta Porã, Dourados, Itaporã e Rio Brilhante. O Município possui área de 5.299,2 km<sup>2</sup> e possuía em 2010 uma população de 37.405 habitantes, estimada em 39.095 para o ano de 2012. A densidade demográfica é de 7,06 habitantes/km<sup>2</sup>. Ainda conforme dados do censo 2010, possui aproximadamente 86% da população alfabetizada e a incidência da pobreza é de 36,99%, conforme censo de 2003. Possui 10.474 domicílios no total (incluindo o distrito de Vista Alegre) e conta com 01 unidade de tratamento de esgoto e 01 unidade de tratamento e abastecimento de água<sup>12</sup>.

A Unidade de Saúde citada atende aos bairros da região do jardim Guanabara. Quanto a Organização do atendimento atual no ESF, o mesmo possui uma equipe básica (pediatra, enfermeiro e auxiliar de enfermagem) e uma equipe de apoio (profissionais de Saúde Mental, saúde Bucal e outros especialistas quando necessário). Esta escolha se deu em decorrência desta ESF não realizar consultas de puericultura e por haver incidência de crianças acima do peso nos bairros atendidos pela ESF. O público alvo do projeto serão crianças recém nascidas até 5 anos de idade, que atualmente realizam consultas com o pediatra do município na unidade central de saúde, que, no momento do parto, já encaminha a criança e organiza sua agenda de consultas no primeiro ano de vida.

O projeto contemplou todas as crianças de 0 a 5 anos da Unidade de Saúde. A intervenção aqui proposta aconteceu durante o 1º quadrimestre do ano de 2014 e

englobou ações de sensibilização e qualificação da equipe de profissionais da Unidade de Saúde, onde foram realizadas reuniões mensais de Janeiro a Abril de 2014 com todos os membros da equipe da Unidade (profissionais de saúde e demais servidores da unidade) para serem discutidos temas como a importância da puericultura e de seu acompanhamento, identificação das necessidades de treinamento nessas áreas para os profissionais de saúde e apresentação de informações epidemiológicas da unidade relacionadas à saúde das crianças de zero a 5 anos de idade.

Quanto à operacionalização da puericultura, foram definidas visitas domiciliares semanais às crianças, assim como a elaboração de instrumentos de acompanhamento e de agendamento, como o calendário. Propôs-se o atendimento destas crianças na unidade de saúde, pelo médico, enfermeira da equipe e grupo educativo assim como também a organização de atividades educativas interdisciplinares para as crianças de forma a abordar e esclarecer dúvidas sobre a importância da puericultura. As atividades em grupo contou com a participação de 24 crianças e suas respectivas mães, num total de 04 encontros mensais. Nestes encontros foram propostas um conjunto de ações educativas que visaram a promoção da saúde, selecionando temas e material gráfico e educativo segundo as prioridades detectadas, recepcionando as crianças e mães e estimulando o diálogo entre pais e profissionais. O projeto esteve em andamento no período de Dezembro de 2013 a Abril de 2014, conforme cronograma abaixo:

### **3 IMPLANTAÇÃO, DESCRIÇÃO E AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO**

Foram definidas as seguintes etapas para a implantação do projeto de intervenção.

Quanto ao fluxo de atendimento, a captação da criança para o controle de crescimento e desenvolvimento, para que seja o mais precoce possível, sendo propostas as seguintes alternativas:

- captação dos recém-nascidos (RN) que chegam às unidades de saúde para realização do teste do pezinho, imunização, etc.;

- visitas domiciliares para crianças nascidas com critérios de risco, que não compareceram na unidade de saúde nos primeiros 15 dias de vida;

- orientação às gestantes acompanhadas nos centros de saúde para retorno ao serviço até 15 dias após o parto para avaliação do RN e teste do pezinho;

- divulgação dos serviços de atenção materno-infantil através de cartazes e folhetos, afixados e disponibilizados em maternidades, outros serviços de saúde, creches, escolas, igrejas, etc.

Para melhor organizar este atendimento houve a implantação de um calendário para o controle do crescimento e desenvolvimento, de crianças sadias, que pressupõe a atuação de toda a equipe de atenção à criança, de forma intercalada, possibilitando ampliação na oferta de atendimentos da unidade de saúde, conforme modelo abaixo:

<b>N.</b>	<b>IDADE</b>	<b>ATENDIMENTO</b>
01	05 dias	Teste do pezinho (enfermagem)
02	01 mês	Consulta pediátrica
03	02 meses	Atividades com grupo educativo
04	03 meses	Consulta de enfermagem
05	04 meses	Consulta pediátrica
06	05 meses	Atividades com grupo educativo
07	06 meses	Consulta pediátrica
08	07 meses	Atividades com grupo educativo
09	09 meses	Consulta enfermagem
10	12 meses (1 ano)	Consulta pediátrica
11	2 anos	Consulta pediátrica
12	3 anos	Consulta pediátrica
13	4 anos	Consulta pediátrica
14	5 anos	Consulta pediátrica

A primeira consulta de puericultura, preferencialmente foi pediátrica, contudo, a impossibilidade desta não impede o agendamento para outro profissional como enfermeiro. Foram encaminhadas para consulta somente os casos que porventura mostrem necessidade.

As gestantes acompanhadas no centro de saúde foram encaminhadas para consulta de enfermagem até 15 dias após o parto.

A realização de atividades educativas em grupo foi coordenada por uma enfermeira integrante da equipe de atenção à criança.

As crianças menores de 5 anos foram inscritas no controle de crescimento e desenvolvimento, focando os RN de risco e crianças desnutridas.

O atendimento obedeceu às seguintes etapas:

Inicialmente foi realizado o cadastro da criança na unidade de saúde deverá ser feito através de ficha para arquivo rotativo. Constaram no cadastro da criança, as seguintes informações: nome da criança e da mãe, endereço completo com referência e telefone para contato, número do prontuário e número da DN (se possível), data de nascimento e dos atendimentos e idade.

A abertura de prontuário para anotação dos atendimentos foi realizado pela equipe multiprofissional, assim como o preenchimento do cartão da criança. Vale lembrar que este cartão ficou com a mãe da criança.

Quanto ao controle de faltosos, a equipe de saúde realizou o controle de crianças faltosas com mais de 30 dias com a ajuda da fichas de arquivo rotativo. Assim sendo, as mães foram acionadas através dos agentes de saúde para o comparecimento na unidade e se isso não ocorrer em 30 dias, estas mães receberam visita domiciliar.

Foram feitas avaliações periódicas do atendimento à criança, considerando aspectos qualitativos e quantitativos quanto à cobertura do programa, em relação às crianças da área de abrangência, incluindo as crianças com critérios de risco; capacidade da equipe captar precocemente RN de risco; indicadores em relação a vacinação, alimentação adequada, aleitamento materno e desenvolvimento. Também deverá ser avaliada a satisfação das mães em relação ao serviço prestado, para que se possa avaliar a execução do projeto de intervenção.

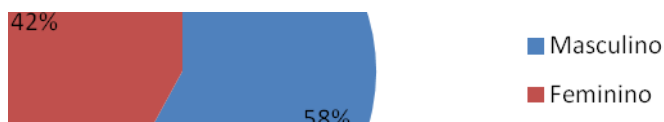
Após estas etapas, o projeto de intervenção foi avaliado através de entrevistas com as mães e dos prontuários, que demonstravam a situação da criança antes do atendimento e também após este período.

Após a aplicação do questionário às mães das crianças e também análise dos prontuários de atendimento, foi avaliada a evolução da criança levando em conta seu quadro clínico inicial. Os dados obtidos foram tabulados graficamente em termos quantitativos e também qualitativos. O projeto envolveu uma amostra de 24 crianças

e foi composta por neonatos e crianças de até 5 anos de idade no período de janeiro a abril de 2014 em Maracaju/MS, moradores dos bairros atendidos pela Unidade de saúde.

Quanto ao gênero destas crianças, o gráfico a seguir expressa estes números:

Gráfico 1 - Frequência absoluta quanto ao gênero das crianças participantes do projeto de implantação da triagem puericultural em crianças de 0 a 5 anos na ESF João Leopoldo Koch Netto no município de Maracaju/MS, 2014.



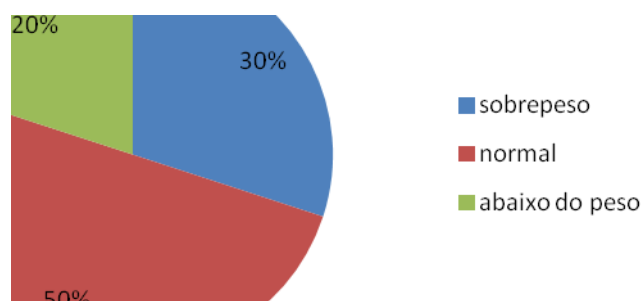
**Fonte:** Pesquisa de campo no ESF João Leopoldo Koch Netto, 2014.

O gráfico demonstra um número maior de meninos em relação às meninas, porém, não houve diferença significativa entre o sobrepeso e o gênero dos envolvidos na intervenção.

Outros trabalhos obtiveram uma distribuição homogênea em relação ao sexo, sendo 51,4% do sexo masculino <sup>13</sup>.

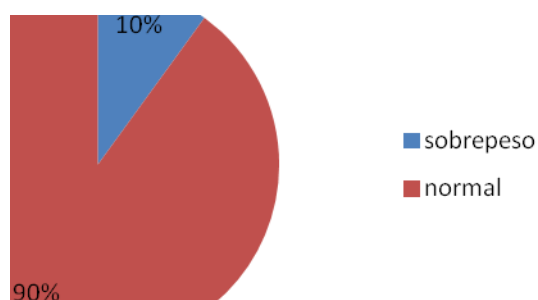
O gráfico 3 a seguir demonstra o número de crianças que se encontravam normais, acima ou abaixo do peso antes da puericultura e o gráfico 4 representa estes valores após a intervenção:

Gráfico 2 - Frequência relativa do indicativo de peso dos participantes do projeto de implantação da triagem puericultural em crianças de 0 a 5 anos na ESF João Leopoldo Koch Netto antes da intervenção, no município de Maracaju/MS, 2014.



**Fonte:** Pesquisa de campo no ESF João Leopoldo Koch Netto, 2014.

Gráfico 3 - Frequência relativa do indicativo de peso dos participantes do projeto de implantação da triagem puericultural em crianças de 0 a 5 anos na ESF João Leopoldo Koch Netto após a intervenção, no município de Maracaju/MS, 2014.



**Fonte:** Pesquisa de campo no ESF João Leopoldo Koch Netto, 2014.

O gráfico representa 30% das crianças com sobrepeso antes da intervenção e somente 10% delas ainda apresentavam sobrepeso após o projeto. Autores demonstram que, independente do gênero e dos critérios utilizados, os valores de sobrepeso e obesidade em pré-escolares variam de 3,3 a 36%<sup>14</sup>.

Outros estudos obtiveram médias de 2,11% no baixo peso, 22,27% e 6,8 no sobrepeso. A prevalência do baixo peso apresenta valores menores que 5% em todas as categorias de idade e sexo e o sobrepeso aparece em ocorrências mais elevadas, atingindo, juntas, quase 30% da população infanto-juvenil brasileira<sup>15</sup>.

Estudos realizados no estado de SC demonstram que o excesso de peso foi de 7,5%. Eles apontam o número de moradores no domicílio; escolaridade materna; situação conjugal; número de filhos; idade materna ao nascimento do primeiro filho; idade gestacional e o peso ao nascer como variáveis que apresentaram associação com o excesso de peso<sup>16</sup>.

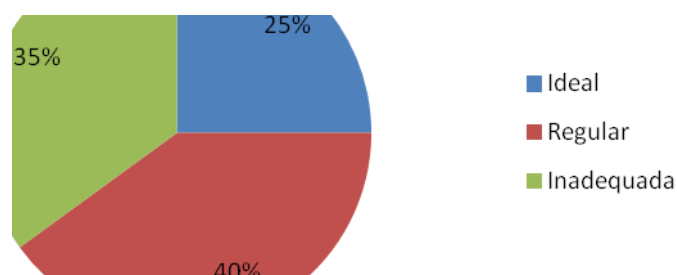
No Brasil, enquanto se observa um declínio importante no que se refere a desnutrição infantil, registra-se um aumento preocupante na ocorrência do excesso de peso em crianças, inclusive naquelas pertencentes às famílias de mais baixo poder aquisitivo<sup>17</sup>.

O excesso de peso é considerado um dos principais problemas de saúde pública atualmente, e na população infantil, nos últimos 30 anos, a prevalência da obesidade aumentou em todas as regiões brasileiras e classes sociais<sup>18</sup>.

Este aumento é preocupante devido ao risco de que estas crianças se tornem adultos obesos, além de mais susceptíveis a diversas condições mórbidas como agravos respiratórios, cardiovasculares e psicossociais.

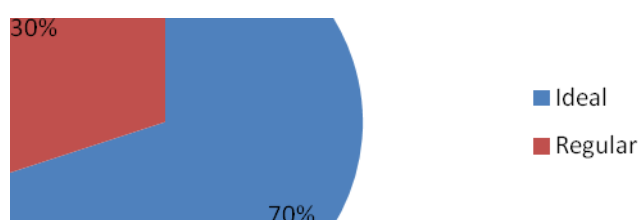
Os gráficos a seguir demonstram como era a alimentação destas crianças antes e após a puericultura. Os resultados são baseados em dietas indicadas para as crianças em cada idade.

Gráfico 4 - Frequência relativa da classificação da alimentação diária dos participantes do projeto de implantação da triagem puericultural em crianças de 0 a 5 anos na ESF João Leopoldo Koch Netto, antes da intervenção, no município de Maracaju/MS, 2014.



**Fonte:** Pesquisa de campo no ESF João Leopoldo Koch Netto, 2014.

Gráfico 5 - Frequência relativa da classificação da alimentação diária dos participantes do projeto de implantação da triagem puericultural em crianças de 0 a 5 anos na ESF João Leopoldo Koch Netto, após da intervenção, no município de Maracaju/MS, 2014.



**Fonte:** Pesquisa de campo no ESF João Leopoldo Koch Netto, 2014.

Os gráficos demonstram uma melhora considerável na alimentação destas crianças antes e depois da intervenção, saltando de 25% para 60% o número de



crianças com alimentação ideal para sua idade. Vale ressaltar que a alimentação foi avaliada por uma nutricionista a partir dos alimentos consumidos por estas crianças diariamente.

Autores defendem que estudar o perfil nutricional das crianças e jovens tem se justificado pela sua utilidade no âmbito da saúde pública, do desenvolvimento humano, e também em virtude da contribuição que traz às diferentes áreas da ciência<sup>19</sup>. A avaliação nutricional destas crianças contínua possibilita o diagnóstico de crescimento anormal, obesidade ou desnutrição.

Autores observaram uma frequência de 37,5% de crianças acima do peso, avaliando crianças de centros de educação infantil em São Paulo<sup>20</sup>.

Estudos avaliaram o estado nutricional de crianças de duas classes econômicas (alta e baixa) e indicaram uma prevalência de excesso de peso superior entre as crianças brasileiras de famílias economicamente mais favorecidas em relação às de menor renda<sup>21</sup>.

Um estudo realizado no estado de Pernambuco revelou uma menor prevalência de excesso de peso em crianças de uma comunidade de baixa renda<sup>22</sup>.

Trabalhos demonstram que não há associação entre a duração de aleitamento materno exclusivo e o excesso de peso em crianças<sup>13</sup>.

Em países em desenvolvimento, pesquisas revelaram que a prevalência de excesso de peso entre crianças é maior entre aquelas pertencentes a estratos socioeconômicos menos privilegiados<sup>23</sup>.

Outros autores mostram que nos países em desenvolvimento, o excesso de peso em crianças tende a ser mais prevalente em famílias com melhores condições socioeconômicas<sup>24</sup>.

A elevação das prevalências do sobrepeso seria resultado dos novos hábitos de vida, como o aumento de alimentos não saudáveis e a diminuição do gasto energético diário<sup>25</sup>.

Quanto ao teste do pezinho em recém nascidos, todas as crianças envolvidas na pesquisa haviam feito o teste no período indicado. Em outros trabalhos 93,8% das crianças pesquisadas realizaram o teste (carneiro, 2010).

Quanto a vacinação, todas as crianças elencadas na pesquisa demonstraram estar com o calendário de vacinação completo. No Brasil, o Programa Nacional de Imunizações está muito bem estruturado, cobrindo principalmente no primeiro ano de vida da criança<sup>26</sup>.

Vale lembrar que o preenchimento inadequado, a falta de registro e a má comunicação entre os profissionais da saúde indicam que pode haver falta de informação e não apenas uma baixa cobertura vacinal, pois na maioria das vezes o registro da vacinação é realizado somente no cartão da criança que fica com a mãe, ficando a ficha espelho incompleta.

Vale ressaltar a importância do correto preenchimento da ficha espelho pelos profissionais envolvidos no atendimento da puericultura, para evitar falta de informações.

## **4 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A consulta de puericultura desde o nascimento da criança, seja ela no domicílio ou na ESF, possibilita ao enfermeiro aproximar-se das famílias interagir com elas e, desta forma estas famílias começam a ouvi-lo e seguir suas orientações.

Conhecer o perfil nutricional das crianças nos primeiros anos de vida permite o desenvolvimento de ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, de forma a conduzir a criação de políticas públicas que visem a conscientização da população e a participação social.

Neste estudo, observou-se que meninos e meninas, na faixa etária avaliada, são indistintamente atingidos pelo excesso de peso e considerando que o local pesquisado é de uma população média baixa, nota-se a prevalência deste sobre peso em crianças de um bom nível socioeconômico.

Percebeu-se uma diminuição do sobrepeso e também de crianças abaixo do peso, através das orientações dadas às mães e às crianças, contribuindo assim para mudanças comportamentais e no estilo de vida destas crianças. É necessário que os hábitos e orientações transmitidos e ensinados a estas crianças se incorporem em seu dia-a-dia.

Neste sentido, a puericultura é um programa importante nesse período, pois visa garantir a reabilitação da criança nascida de baixo peso e a recuperação daquelas acima dele, garantindo seu desenvolvimento normal <sup>27</sup>.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar – Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2009.
2. Vieira VCL, Fernandes CA, Demitto MO, Bercini LO, Scochi MJ, Marcon SS. Puericultura na atenção primária à saúde: atuação do enfermeiro. *Cogitare Enfermagem*. 2012, 17(1):119-25.
3. Leite GB, Bercini LO. Caracterização das crianças atendidas na puericultura do programa saúde da família do município de Campo Mourão, Paraná, em 2003. *Ciencia cuidado e saúde*. 2005, 4(3):224-30.
4. Ferreira ABH. Novo Aurélio Século XXI - O Dicionário da Língua Portuguesa. Editora Nova Fronteira. 1999. Rio de Janeiro.
5. Houaiss A, Villar MS. Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa. Editora Objetiva. 2001, 1, Rio de Janeiro.
6. Marcondes E. Ser puericultor. In: *Pediatria Básica*. 9ª Ed. São Paulo: Sarvier, 2003.
7. Blank D. A puericultura hoje: um enfoque apoiado em evidências. *Jornal de Pediatria*. 2003, 79(1).
8. Carneiro VG. A puericultura realizada pelo enfermeiro: importância na estratégia saúde da família. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. Corinto, 2010. 27f. Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família).
9. Souza FF, Brandão ICA, Marcolino EC, Lima AEF, Breno L. P. de Souza Diniz BLPS, Dias FRGC, Medeiros AF, Martiniano CS. Impasses da puericultura de enfermagem: uma revisão de literatura. Em: XIV Encontro latino Americano de iniciação científica, 2013, Universidade Estadual da Paraíba.
10. Organização Mundial de Saúde. Organização Mundial da Saúde. Obesidade: prevenindo e controlando a epidemia global. Relatório da consultoria da OMS, São Paulo: Roca; 2004.
11. Monteiro CA, Mondini L, Souza ALM, Popkin BM. Da desnutrição para a obesidade: a transição nutricional no Brasil. In: Monteiro CA. Velhos e novos males da saúde no Brasil: a evolução do país e de suas doenças. São Paulo: Hucitec. 1995. p. 247-55.
12. Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Sinopse município de Maracaju, 2010. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/link.php?uf=ms>. Acesso em 20 Abr. 2014.
13. Moreira MA, Cabral PC, Ferreira HS, Lira PIC. Excesso de peso e fatores associados em crianças da região nordeste do Brasil. *Jornal de pediatria*. 2012, 88(4): 347-352.

14. Ferrari HG. The obesity panorama in Brazilian children and adolescents: review of the last 10 years. *Pediatria (São Paulo)*. 2009, 31:58-70.
15. Flores LS, Gaya AR, Petersen RDS, Gaya, A. Tendência do baixo peso, sobrepeso e obesidade de crianças e adolescentes brasileiros. *Jornal de Pediatria*. 2013, 89:456-61.
16. Schuch I, Castro TG, Vasconcelos, FAG, Dutra, CLC, Goldani, MZ. Excesso de peso em crianças de pré-escolas: prevalência e fatores associados. *Jornal de Pediatria*. 2013, 89:179-88.
17. Batista Filho M, Rissin A. Nutritional transition in Brazil: geographic and temporal trends. *Cad Saude Publica*. 2003, 19:181-91.
18. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) 2002-2003: antropometria e análise do estado nutricional de crianças e adolescentes no Brasil. Rio de Janeiro: IBGE; 2006.
19. Ribas DL, Philippi ST, Tanaka AC, Zorzatto J. Saúde e estado nutricional infantil de uma população da região Centro-Oeste do Brasil. *Revista de Saúde Pública*. 1999, 33:358-65.
20. Dias LC, Navarro AM, Cintra RM, Silveira LV. Overweight and obesity prevalence among preschool children of five schools in Botucatu in the state of São Paulo. *Revista Ciência em extensão*. 2008, 4:105-12.
21. Abrantes MM, Lamounier JA, Colosimo EA. Prevalencia de sobrepeso e obesidade nas regiões nordeste e sudeste do Brasil. *Reista Associação de Medicina Brasileira*. 2003,49(2):162-166.
22. Motta ME, Silva GA. Obesity and malnutrition in children: profile of a low-income community. *Jornal de Pediatria*. 2001, 77:288-93.
23. Von Kries R, Koletzko B, Sauerwald T, von Mutius E, Barnert D, Grunert V. Breast feeding and obesity: cross sectional study. *BMJ*. 1999, 319:147-50.
24. Deckelbaum RJ, Williams CL. Childhood obesity: the health issue. *Obesity Research*. 2001, 9:239-43.
25. Coelho LG, Cândido AP, Machado-Coelho GL, de Freitas SN. Association between nutritional status, food habits and physical activity level in schoolchildren. *Jornal de pediatria*. 2012, 88:406-12.
26. Brasil, Ministério da saúde. Programa Nacional de Imunizações. Secretaria de vigilância em saúde. Brasília, 2003. 212 p.
27. Ricco RG, Del Ciampo LA, Almeida CA. Puericultura: princípios e práticas. *Atenção Integral à Saúde da Criança*. 1a ed. São Paulo: Editora Atheneu; 2001.

## **APÊNDICE 1**

**Questionário Aplicado às mães das crianças de 0 a 5 anos do ESF João**

**Leopoldo Koch Neto, Município De Maracaju/MS. 2014.**

**1. Qual o sexo da criança?**

( ) Masculino

( ) Feminino

**2. Qual o peso da criança?**

**3. Como é sua alimentação diária? O que consome?**